

## **Trabajo Fin de Grado**

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO  
TOTAL HOSPITALIZADO EN EL POSTOPERATORIO.

EDUCATION PROGRAM FOR TOTAL LARYNGECTOMIZED PATIENT  
HOSPITALIZED IN THE POSTOPERATIVE PERIOD.

**Autor/a**

ANA RODRIGUEZ MAROTO

**Director**

ENRIQUE BARDINA TREMPES

## ÍNDICE

1. Resumen .....	pag 2
Abstract .....	Pag 3
2. Introducción .....	Pag 4-7
3. Objetivo .....	Pag 8
4. Metodología .....	Pag 9-10
5. Desarrollo .....	Pag 11
5.1 Contexto social y población Diana .....	Pag 11
5.2 Objetivos del programa .....	Pag 11
5.3 Captación .....	Pag 11
5.4 Redes de apoyo .....	Pag 11-12
5.5 Recursos materiales y humanos .....	Pag 12
5.6 Presupuesto .....	Pag 12-13
5.7 Diseño del programa .....	Pag 13-16
5.8 Cronograma .....	Pag 16
6. Evaluación .....	Pag 17
7. Conclusión .....	Pag 18
8. Bibliografía .....	Pag 19-21
9. Anexos .....	Pag 22-27

## **1. RESUMEN**

**Introducción:** El cáncer de laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes. Se presenta con mayor frecuencia en el género masculino, en la quinta y sexta décadas de la vida. Los factores de riesgo principales de esta enfermedad son el tabaco y el alcohol. Uno de los tratamientos de este cáncer es la laringectomía total, una intervención muy traumática que afecta física y psicológicamente al paciente, alterando actividades de su vida diaria. Por lo que la información es muy valiosa y puede disminuir tanto la ansiedad como la angustia y además disminuir el tiempo de recuperación.

**Objetivo:** Realizar un programa de educación para laringectomizados totales hospitalizados en el postoperatorio, para disminuir su incertidumbre y ansiedad producida por la nueva situación.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión de fuentes bibliográficas, utilizando distintas bases de datos, ejemplares de las bibliotecas de las universidades de Ciencias de la Salud y Medicina de Zaragoza, protocolos y guías proporcionadas por la Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados de la Voz (ARALVOZ), la Asociación Española Contra el Cáncer (aecc) y el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), durante un período de tres meses y medio.

**Desarrollo:** El programa de educación consta de una sesión 0 que se realiza antes de la operación y tres sesiones informativas durante la estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** Este programa de educación proporciona información básica por el personal sanitario cualificado para disminuir la incertidumbre y ansiedad del paciente sobre su actual situación y cambios, de tal manera que ayude a una mejor adaptación y recuperación del paciente.

**Palabras clave:** "Laringectomía total", "Laringectomizado", "Ansiedad", "Cancer de laringe".

## **ABSTRACT**

**Introduction :** Laryngeal cancer is one of the most frequent head and neck neoplasms. It occurs more often in males, between the fifth and sixth decades of life. The main risk factors for this disease are tobacco and alcohol. One of the treatments for this cancer is the total laryngectomy, a very traumatic intervention that affects the patient physically and psychologically, having an impact daily activities. That is why information is quite valuable and can reduce both anxiety and anguish as well as recovery time.

**Objective:** An education program for total laryngectomized people hospitalized in the postoperative period that reduces the uncertainty and anxiety caused by the new situation.

**Methodology:** A review of bibliographical sources has been done using different databases, copies from libraries of the Health Sciences and Medicine Universities of Zaragoza and protocols, as well as guides provided by the Aragon Regional Association of Laryngectomees and Limited Voice (ARALVOZ), the Spanish Association Against Cancer (AECC) and the Miguel Servet University Hospital (HUMS), for a period of three and a half months.

**Development:** The education program consists of a 0 session that is made before surgery and three briefings that will take place the stay in the hospital after surgery.

**Conclusions:** This education program provides basic information selected by qualified medical personnel to reduce patient anxiety and uncertainty about their current situation and changes, so that it leads to a better adaptation and recovery.

**Keywords:** "Total laryngectomy", "Laryngectomized", "Anxiety", "Laryngeal cancer".



## **2. INTRODUCCIÓN**

La laringectomía es una intervención quirúrgica que se realiza cuando el paciente padece tumores de laringe o de vías aéreas superiores (1).

El Cáncer de laringe tiene una incidencia anual de 4,5 en España y ocupa el décimo puesto en frecuencia de tumores (2). La mayoría de los cánceres de garganta se presentan en adultos mayores de 50 años y los hombres tienen 10 veces más probabilidad que las mujeres de desarrollarlos(3). El 25% de las neoplasias de cabeza y cuello, corresponden a tumores de laringe (4).

El tabaco y el alcohol tienen su efecto más devastador cuando se manifiestan en forma de cáncer de laringe. En el año 2005 este cáncer fue la causa de la muerte de 1598 personas, de las que 1529 eran varones y sólo 69 eran mujeres(3). Aunque también se han considerado como factores de riesgo la Infección por virus del papiloma humano y la presencia de reflujo faringo-laringeo, teniendo en cuenta la raza, la dieta y la higiene bucal, con un marcado gradiente socioeconómico, siendo el tipo histológico predominante el epidermoide (2,5).

Los pacientes que van a ser intervenidos de cáncer de laringe, se enfrentan a un tipo de cirugía, la laringectomía, muy traumática y agresiva, que les va a provocar una gran mutilación física, que precisará importantes adaptaciones físicas y psíquicas, y que afectará radicalmente a la reincorporación del individuo a la vida familiar, laboral y social (6,7). Por ello es fundamental una adecuada educación sanitaria que les permita afrontar su nueva situación de salud.

La Laringectomía es la técnica quirúrgica por la cual se extirpa la laringe, parcialmente (en este caso hablamos de Laringectomía parcial, en la cual el paciente es capaz de hablar tapándose el traqueostoma) o en su totalidad, como en nuestros pacientes (en cuyo caso hablamos de Laringectomía radical o total, y que conlleva la pérdida total del habla), creando una comunicación directa entre la traquea y el exterior mediante la apertura de

un orificio en la base del cuello llamado traqueostoma, a través del cual entra el aire directamente a los pulmones (6).

A nivel anatómico, a partir de este momento, la deglución y respiración se hacen independientes. Consecuencia de esto, también se producirá una pérdida de olfato y de gusto. De esta misma forma la falta de laringe y en consecuencia de cuerdas vocales anularan la fonación. Además de todo ello, el paciente laringectomizado presenta una alteración importante de su imagen corporal y una disminución de su autoestima.

Es la disnea normalmente secundaria a obturación por tapón mucoso, una de las complicaciones más frecuentes que suelen aparecer en los pacientes laringectomizados (8).

Además hay que añadir que tras la intervención, reciben nutrición enteral para favorecer la cicatrización interna. Esta nutrición se lleva a cabo a través de sonda nasogástrica durante, aproximadamente, dos o tres semanas. Tras estas semanas de estancia hospitalaria, los pacientes tienen una pérdida de peso entorno a los 7-8 kg (9).

Por todo ello, el paciente laringectomizado debido a la intervención presenta unas características determinadas y especiales, que afectan a sus actividades de la vida diaria como son hablar, comer, respirar, andar, además de afectar a su estado emocional y psicológico (10,11).

La información es un arma esencial que puede acelerar el proceso de recuperación, así como disminuir la angustia y facilitar la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación. La información que se maneja es muy amplia y compleja, puesto que aborda múltiples aspectos, desde consejos para afrontar el postoperatorio inmediato, cuidados sobre el traqueostoma y mantenimiento de las cánulas, hasta consejos para su reincorporación a la vida diaria (6,7).

Los pacientes laringectomizados precisan complejos cuidados en el postoperatorio inmediato orientados a controlar las posibles complicaciones

derivadas de la cirugía a la que han sido sometidos y aprender a manejar su nueva situación de salud. La información es un arma esencial que puede acelerar el proceso de recuperación, así como disminuir la angustia y facilitar la adaptación del paciente y su familia (7).

Para administrar dicha información no son tan importantes las palabras, como el tono y los gestos que las acompañan, y más en pacientes con dificultades para la comunicación (12). Por tanto, lo que más se valora es que la información que se aporte en un clima de empatía y cordialidad (13). Una adecuada comunicación con el paciente facilita la consecución de los objetivos de la función profesional, la realización de un diagnóstico correcto, la planificación y la administración de unos cuidados integrales (12).

La mayoría de los pacientes reconocen que más información les habría ayudado mucho, ya que cualquier ayuda es poca, el estado de ansiedad e incertidumbre que sufrieron durante la estancia hospitalaria habría disminuido con más información (14,15).

La fístula faringocutánea es la principal complicación en estos pacientes (16,17), y muchas veces es causa de un alargamiento de la estancia hospitalaria e incluso de repetidas intervenciones para su correcta intervención (13,18,19).

Como se ha visto, el efecto psicológico, social y físico de una ostomía en cualquier ser humano es brutal, si a ello le unimos una deficiente información prequirúrgica obtenemos en esa persona un afrontamiento inefectivo que conllevará una mala adaptación al estoma (20).

Así pues, el papel de enfermería es crucial en el proceso de adaptación y aprendizaje de la nueva situación de salud, tanto por el número de horas que pasa a su lado como por la relación de confianza que llega a establecerse entre enfermera-paciente-cuidador principal.

Hay que considerar que durante la estancia en el hospital, todos se hacen las mismas preguntas sobre si el traqueostoma será permanente, como

podrán sobrevivir a ello, las consecuencias que tendrá éste en el día a día y por supuesto su fonación, si en algún momento serán capaces de hablar o se quedarán mudos para siempre (7).

### **3. OBJETIVOS**

#### Objetivo General

. Elaborar un programa de educación para la salud, para pacientes laringectomizados hospitalizados en proceso postquirúrgico, realizado por una enfermera de planta.

#### Objetivos Específicos

- . Administrar la información necesaria al paciente durante su estancia en el hospital.
- . Disminuir la incertidumbre y ansiedad del paciente al recibir más información sobre su nueva situación.

#### 4. METODOLOGÍA

Para realizar el programa se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica con el fin de obtener datos e información sobre el tema durante el periodo Febrero-Marzo.

Durante el mes de febrero y primera quincena de marzo se ha realizado dicha búsqueda bibliográfica para obtener información y más conocimientos sobre el tema para una posterior orientación del trabajo. Durante la segunda quincena de marzo y la primera de abril, se realiza la introducción del trabajo y los objetivos. En la segunda quincena de abril se ha realizado el desarrollo del trabajo. Y por último en la primera quincena de mayo el resumen, metodología y conclusiones del trabajo.

Tabla 1: Cronograma del trabajo

<b>Partes</b>	<b>1-15 Febrero</b>	<b>16-28 Febrero</b>	<b>1-15 Marzo</b>	<b>16-31 Marzo</b>	<b>1-15 Abril</b>	<b>16-30 Abril</b>	<b>1-10 Mayo</b>
<b>Búsqueda de información</b>							
<b>Introducción</b>							
<b>Objetivos</b>							
<b>Desarrollo</b>							
<b>Resumen</b>							
<b>Metodología</b>							
<b>Conclusiones</b>							

Para todo ello se han utilizado diferentes bases de datos científicas, cuyos resultados quedan reflejados en la tabla 2, además de las bases de datos de la tabla se han utilizado también Dialnet y Science Direct para búsqueda de información y ampliación de conocimientos sin utilizar ningún artículo para el trabajo. De manera complementaria se han consultado dos asociaciones con sede web: ARALVOZ (Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados De la Voz) y aecc ( asociación española

contra el Cáncer) y han sido utilizadas las bibliotecas de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Durante estos tres meses y medio, se han realizado tres tutorías con el profesor Enrique Bardina Tremps, que han ayudado a la orientación del trabajo y a la resolución de dudas, así como para la corrección de posibles fallos.

Tabla2: Estrategia de búsqueda de bases de datos

<b>Bases de datos</b>	<b>Palabras clave</b>	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos utilizados</b>
<b>Cuiden Plus</b>	"Laringectomía total"	21	15
	and "Información"	8	
	and "cuidados"	30	
<b>Pubmed</b>	"Total laryngectomy" "nurs"	15	2
<b>Scielo</b>	Laringectomía total	14	3
	Cancer de laringe	52	

Para la orientación y aplicación del programa ha sido de gran ayuda la participación de ARALVOZ y el personal sanitario del Hospital Universitario Miguel Servet, así como la información que ambos han proporcionado. Este primero ha aportado gran información al invitarnos a distintas clases de rehabilitación como al proporcionar distintas guías para el programa.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1 Contexto social y población Diana**

La laringectomía total es una intervención quirúrgica muy mutilante que produce en el paciente un estado de ansiedad por el cambio físico-anatómico que este produce y sus consecuencias, esto sumado a una falta de información aumenta el tiempo de recuperación y adaptación.

Este trabajo está dirigido a los pacientes intervenidos por una laringectomía total en el HUMS.

### **5.2 Objetivos del programa**

- . Aportar la información necesaria a pacientes recién operados de laringectomía total sobre su nueva situación
- . Disminuir la ansiedad e incertidumbre del paciente

### **5.3 Captación**

La enfermera tendrá conocimiento de su nuevo paciente cuando se decida hacerle una laringectomía total por el equipo sanitario. En ese caso al informarle al paciente durante el preoperatorio de la intervención que se le va a realizar se comenzará el programa con la sesión 0 o de presentación. El programa se realiza de manera individual, en la habitación del paciente.

### **5.4 Redes de apoyo**

Los pacientes Laringectomizados cuentan todos los sábados con la visita hospitalaria del jefe de ARALVOZ . Este les invita a asistir a la asociación después de la hospitalización para rehabilitación de la voz y relacionarse en el entorno de Laringectomizados.



También pueden contar con la aecc, esta les da mucha información y ayuda en múltiples ocasiones.

## 5.5 Recursos materiales y humanos

### Recursos humanos

. Enfermera/o de la planta, con experiencia en el servicio, capaz de resolver dudas del paciente y de explicar el temario.

### Recursos materiales

Estos recursos son los utilizados en el programa de educación que se le impartirá a un paciente individual.

- Mobiliario: . Una silla para la enfermera.  
. Una camilla: la del paciente.
- Material educativo: . Dos libretas: una para la enfermera y otra para el paciente, con el objetivo de mantener una buena comunicación.  
. Dos bolis.  
. Papel para los trípticos y dípticos informativos.  
. Equipo completo de cambio de cánula: cánula completa (cánula externa, interna o camiseta y fiador), gasas, corbata, hilo, tijeras...
- Lugar: Habitación actual del paciente

## 5.6 Presupuesto

Este presupuesto está calculado para un programa individual para un paciente.

RECURSOS	UNIDADES	PRESUPUESTO
Tríptico sesión 1	1	0,50€
Tríptico sesión 2	1	0'50€
Tríptico sesión 3	1	0'50€
Test de valoración	2	0'40€

<b>Test de Hamilton</b>	2	0'40€
<b>Recursos materiales del hospital:</b> . Equipo para cambio de cánula . Camilla . Silla	1 de cada	0€
<b>Bolígrafos</b>	2	1€
<b>Libretas</b>	2	3€
<b>Salario de la enfermera</b>		Sesión 0: 15 min Sesión 1: 1 hora Sesión 2: 1 hora Sesión 3: 1 hora Total: 3:15 horas x 15€/h= 48'75€

TOTAL: 55,05€

## 5.7 Diseño del programa

### SESIÓN 0

Esta sesión consta de la presentación de la enfermera en el preoperatorio, tranquilizando al paciente al decirle que al día siguiente de la intervención quirúrgica se acudirá a su habitación a darle información y para la resolución de dudas. Se le informa de que el programa consta de 3 sesiones.

Objetivo: El principal objetivo de este primer contacto es una disminución de la ansiedad del paciente y darle ánimos y confianza para el postoperatorio.

Duración: 15 minutos.

## **SESIÓN 1**

Objetivo: Introducción al paciente sobre su nueva situación

Contenido: La información que se le proporciona al paciente en la primera sesión es básica pero imprescindible para que entienda y comprenda los cambios más básicos que produce la operación, a la vez que se le proporcionan soluciones para estos cambios y/o problemas. Esta información es proporcionada por la enfermera a la vez que se le entrega un tríptico al paciente para que no le quede ninguna duda y se lo vuelva a leer todo las veces que él desee. (Anexo 1)

En el contenido de esta sesión se puede encontrar:

- . Cuestionario de valoración: La función de este test es valorar la información que el paciente sabe sobre su enfermedad, la operación y cambios de su situación actual. De tal manera que se le ofrece el mismo test en la última sesión para valorar los conocimientos adquiridos.(Anexo 2)
- . Test de ansiedad: se utilizará para medir el grado de ansiedad al principio y al final del programa. (Anexo 3)
- . Qué es una laringectomía total.
- . Cambios más importantes de la intervención y posible solución: habla, respiración, sentidos del olfato y el gusto, comer, higiene.
- . Pequeña introducción al tema de imagen corporal y relaciones sociales.
- . Información sobre asociaciones y grupos de apoyo: se le informa sobre todo de la asociación ARALVOZ y de las clases de rehabilitación y ayuda que ésta proporciona.
- . Resolución de las dudas del paciente.

Duración: una hora .

## **SESIÓN 2**

Objetivo: Manejo correcto de la cánula.

Contenido: La información que se le proporciona al paciente en esta sesión le proporciona una gran independencia al ser capaz el mismo de su propia higiene y cambio de la cánula. La enfermera le puede ayudar si lo necesita pero ya no es dependiente de ella, lo que le proporciona seguridad y menos ansiedad. Esta información también se le proporcionará en un tríptico para que lo consulte cuando desee, a parte de explicado por la enfermera. (Anexo 4)

En el contenido de esta sesión se puede encontrar:

- . Qué es la cánula y para qué sirve.
- . Montaje de la cánula.
- . Cambio correcto de la cánula y limpieza de la misma.
- . Cuidados del traqueostoma (correcta limpieza e higiene).
- . Correcta humidificación de las secreciones.
- . Resolución de dudas del paciente.

Duración: una hora.

### **SESIÓN 3**

Objetivo: Preparación para el alta y cuidados de la vida diaria.

Contenido: La información que se proporciona en esta sesión son pequeños consejos, pero muy útiles para las actividades de su vida diaria. Esta información también se le proporciona en un diario a parte de explicada por la enfermera. (Anexo 5)

En el contenido de esta sesión se puede encontrar:

- . Cuidados en su vida diaria: protección del frío y aire, del agua en la ducha, cómo expectorar, dormir, recordar una correcta higiene...
- . Se insiste en las distintas ayudas que hay para su situación, dándole un folleto informativo sobre ARALVOZ. (Anexo 6)

- . Test de valoración.
- . Test de ansiedad.
- . Resolución de dudas del paciente.

Duración: una hora.

## 5.8 Cronograma

La estancia hospitalaria tras esta intervención ronda el mes, dependiendo si hay complicaciones y si la fístula cicatriza bien, que es el factor que más alarga la hospitalización. Así que depende de todo esto cuando se da el alta y por tanto cuando se realiza la última sesión.

Tabla 3: Cronograma del Programa de Salud

Días	Preoperatorio	Intervención Quirúrgica	1	2	3	4	5	6	7	8	Alta
Sesión 0											
Sesión 1											
Sesión 2											
Sesión 3											

## **6. EVALUACIÓN**

El programa cuenta con un cuestionario de valoración en la primera y última sesión, donde se realizan 11 preguntas al paciente valorando conocimientos básicos que debe saber para su nueva situación. Con este test, se podrá ver si con el programa el paciente ha adquirido conocimientos y por tanto disminuye su incertidumbre inicial.

El Test de Hamilton complementa al anterior valorando su estado de ansiedad en la primera y en la última sesión, comprobando que la administración de la información adquirida durante las sesiones le ha disminuido la ansiedad.

## **7. CONCLUSIONES**

Los pacientes sometidos a la laringectomía total, sufren una mutilación y unos cambios físicos que producen una alteración permanente en muchas actividades de la vida diaria, sobre todo hablar y respirar, lo que les lleva a un estado de ansiedad y aislamiento.

Para que ello no suceda, este programa de salud actúa en el postoperatorio inmediato, dándoles información básica y esencial para esos cambios de su nueva situación y así proporcionar una mejor rehabilitación durante la estancia hospitalaria y posterior adaptación a su nueva vida, disminuyendo a la vez la ansiedad y la incertidumbre que estos pacientes suelen padecer durante la hospitalización tras la operación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Poza Artés CM, Ortiz Jiménez FM, Ramos Bosquet G. Vivencias de una cuidadora durante la prestación de cuidados a su padre laringectomizado. *Rev Paraninfo Digital*.2011;14.
2. Borin Mario A, Ventura García M.A, Coca Simón MP. Cáncer de laringe y exposición laboral al amianto. *Med. segur.trab*.2015 Jun;61( 239 ):273-283.
3. Alvarez Caballero Julio. Afrontamiento inefectivo y conductas de riesgo. *Etica de los Cuidados*.2010 ene-jun;3(5).
4. Araújo MJ, Morais Santos I, Ferreira AC, Santos Seiga A, DC Neves. Otras formas de respirar. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 13.
5. Celedón C, Royer M, Ortúzar L. Laringectomia parcial en Cancer laringeo precoz: 25 años de experiencia. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*. 2008 Ago; 68(2):117-123.
6. Poza Artés CM, Ramos Bosquet G, Ortiz Jiménez FM, Jiménez Hidalgo A, Blanes Oyonarte M, López Zorrilla R. Resultados NOC. Implementación y evaluación de una intervención educativa a pacientes laringectomizados. *Evidentia*. 2007 jul-ago; 4(16).
7. Gómez Perea AM. Experiencias perioperatoria de un paciente laringectomizado total. *Arch Memoria*. 2012; (9 fasc. 3).
8. Expósito Vizcaino S, Gil Castillejos D, Jiménez Jiménez C, Sanjuán Aragón M. Atención de enfermería al paciente laringuectomizado: prevención y actuación ante una crisis de disnea. *Ciber Revista*. 2007 jun; (52).
9. Martínez López E, Font Jiménez I. Cuidados enfermeros nutricionales en el paciente laringectomizado. *Metas Enferm*. 2004 nov; 7(9):12-15.



10. Rodrigo Luna C, Fernández Rodrigo MT, Falcón Albero MA, Bernués Vázquez L, Monzón Fernández P, Hernando Rodrigo E. Cuidados de enfermería en el paciente laringectomizado total. Anal Cienc Salud.1998; 1:55-66.
11. Noonan BJ, Hegarty J. The impact of total laryngectomy: the patient's perspective. Oncol Nurs Forum. 2010 May;37(3):293-301.
- 12 . Bernal Pérez, F. La comunicación: herramienta fundamental en la calidad de la atención integral a los pacientes Laringectomizados. Ciber revista. 2013 Sep-Oct ;33.
- 13.Bueno Llarena, MV. El afrontamiento y la esperanza ante un caso difícil. Arch Memoria. 2012; (9 fasc. 2).
- 14 Poza Artés CM, Ortíz Jiménez FM. Mi lucha: relato de un paciente laringectomizado total. Arch Memoria 2006; 3(1).
- 15 Poza Artés CM, Ortiz Jiménez FM, Ramos Bosquet G. Necesidades percibidas por los pacientes laringectomizados y sus cuidadores para la continuidad de cuidados. 2009;9.
16. Anschütz L, Nisa L, Elicin O, Bojaxhiu B, Caversaccio M, Giger R. Pectoralis major myofascial interposition flap prevents postoperative pharyngocutaneous fistula in salvage total laryngectomy. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27107580> .
- 17 Reynaldo González MA, Trinchet Soler R, Pérez Fernández J, Álvarez Borges FE. Comportamiento de las fístulas faringocutáneas. Rev Cubana Cir. 2010 Jun; 49(2).
18. Martínez Lozano, F. Tratamiento conservador en la fístula postquirúrgica en la cirugía faringo-laríngea. Cuid Salud.2005 jul;(5):23-27.

19. Agudo Domínguez FJ, del Javier Solar Gutiérrez C .Preparación de un paciente para ser intervenido de un faringostoma secundario mediante injerto miocutáneo. Enferm Científ.2004 ene-feb; 34-38.

20. López Galiano MC, Juárez Ruiz JL,González Muñoz I. Importancia de la valoración prequirúrgica de enfermería y el marcaje del estoma en la mejora de la calidad de vida del paciente ostomizado. 2011; 13.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### ¿QUE ES UNA LARINGECTOMÍA TOTAL?

Cuando se realiza una laringectomía total, se extirpa toda la laringe (incluidas las cuerdas vocales y la epiglotis). Se separa la tráquea del esófago. Se realiza un orificio en el cuello que se une a la tráquea, llamado **traqueostoma**.



#### EL HABLA

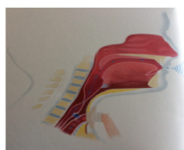
Después de una laringectomía, no puede hablar como antes porque ya no tiene cuerdas vocales. Este cambio puede ser traumático para usted y quienes le rodean, pues hablar es una parte importante de la personalidad que le permite expresarse. Justo después de la operación quirúrgica, **es bueno tener lápiz y papel a mano para comunicarse**.

Después de un tiempo, **aprenderá a hablar de nuevo**.

.Voz esofágica: La voz se crea tragando aire hasta el esófago, y luego expulsándolo hacia arriba.

. Hablar con una electrolaringe: Este dispositivo se coloca normalmente en el cuello o la mejilla, y produce vibraciones que se pueden articular en forma de habla.

.Voz traqueoesofágica: (con prótesis de voz) se practica abertura entre la tráquea y el esófago donde se coloca una válvula unidireccional que permite el paso del aire exhalado de la tráquea al esófago. Para hablar hay que espirar cubriendo el traqueostoma con el dedo, de tal manera que el aire de los pulmones se empuja a través de la prótesis y de la garganta provocando una vibración en los tejidos de la misma.



#### RESPIRAR

Antes de la laringectomía, la nariz y la boca filtraban el aire inhalado y lo acondicionaban antes de que llegase a los pulmones. Después de la laringectomía, a través del traqueostoma, **el aire pasa directamente a los pulmones sin ser acondicionado primero**. Esto deriva con frecuencia en tos, expectoración, dificultad para respirar y sensación de cansancio.

A veces, si esta situación da muchos problemas se usa sobre el estómago un intercambiador de calor y humedad (Heat Moisture Exchanger, HME), también conocido como nariz artificial. Quienes usan HME a menudo experimentan menos tos y producen menos mucosidad. También informan a menudo menos síntomas de ansiedad y depresión, duermen mejor, se sienten menos fatigados y sus relaciones sociales mejoran. Aunque se tarde un tiempo en acostumbrarse a respirar con HME.

#### SENTIDOS DEL OLFATO Y EL GUSTO

Su sentido del olfato ya no es tan bueno como lo era antes de la laringectomía. Esto se debe a que al respirar por el traqueostoma **ya no usa los sensores del olfato en la nariz**. Puede mejorar su sentido del olfato usando una técnica conocida como el **"bostezo educado"**, que consiste en bostezar con la boca cerrada. Al hacer esto, el aire entra por la nariz y puede recuperar su sentido del olfato. Esta técnica también ayuda a mejorar el sentido del gusto al comer.

#### COMER

Aunque ahora durante la estancia en el hospital se alimenta a través de una Sonda Nasogástrica (SNG), al alta y en su casa esta situación cambiará, **la SNG no es permanente**.

La Sonda Nasogástrica sólo se emplea hasta que se cierre la fístula faringoesofágica.

Hasta que se recupere de la operación puede tomar una dieta blanda: esto significa beber más líquidos y pasar por la batidora los alimentos sólidos para hacerlos puré.

Pero pronto puede pasar a una dieta normal con algunos consejos que le ayudarán:

. Debería **comer despacio y masticar la comida por completo antes de tragar**.

. **Beba antes y después de las comidas**.

. **Coma raciones pequeña muchas veces durante el día**.

#### HIGIENE

Su rutina de higiene cambiará un poco después de la laringectomía. Ahora tiene un traqueostoma conectado directamente a los pulmones, y eso significa que **deberá tener cuidado con el agua**. Además, deberá cuidar adecuadamente el traqueostoma para no tener problemas con la cánula y mantenerla limpia será un aspecto muy importante de ahora en adelante para su vida.

#### IMAGEN CORPORAL Y RELACIONES SOCIALES

Después de una laringectomía total, cambian su aspecto y la forma de hablar. Es posible que le preocupe mucho el estoma y su voz, y que piense que los demás le encuentran poco atractivo. Es normal que se sienta enfadado y triste, y tiene derecho a lamentarse por la pérdida.

Los cambios en su aspecto también puede que sean difíciles de aceptar para sus seres queridos, y esto a su vez puede afectarle a usted. Si tiene

pareja, **es bueno que sea sincero con lo que le preocupa** y que escuche también sus preocupaciones. Pero **alejarse de la gente que le quiere no será bueno para nadie**. Es importante que **encuentre una forma de relacionarse con los demás que le haga sentirse más tranquilo**.

#### OTRAS PERSONAS COMO YO

Puede encontrar muchos grupos de apoyo excelentes para las personas Laringectomizadas. Muchos de estos grupos tienen reuniones periódicas donde puede compartir sus experiencias y sentimientos, y escuchar los de los demás.

También hay mucha información, grupos de apoyo y foros en internet.

En Aragón la asociación de ARALVOZ, proporciona ayuda a innumerables Laringectomizados y limitados de la voz y les proporciona rehabilitación y ayuda muy significativa.



## PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL LARINGECTOMIZADO TOTAL HOSPITALIZADO EN EL POSTOPERATORIO.

### SESIÓN 1



Elaboración propia: información obtenida de una guía de atos medical " vivir con una laringectomía".

## Cuestionario de valoración

1. ¿De qué ha sido usted operado?
2. ¿Cree que volverá a hablar algún día?
3. ¿Cree que va a poder alimentarse de manera normal algún día?
4. ¿Qué cambios le ha producido la operación al retirarle la laringe?
5. ¿Algún día se le cerrará el agujero que le han hecho en la garganta ( traqueostoma)?
6. ¿ Sabría cambiarse la cánula ahora?
7. ¿ Sabría limpiarse la cánula y el traqueostoma ahora?
8. ¿ Podrá bañarse en la playa o en la piscina algún día?
9. ¿ cómo debe toser?
10. ¿ cómo debe dormir?
11. Si ve que tiene mucho moco y no puede eliminarlo, ¿ qué le ayudaría a hacerlo?
12. Valore las sesiones del 1 al 10, siendo 1 lo más negativo y 10 lo más positivo.
13. Comente lo que cree que se debería mejorar en las sesiones.

Elaboración propia.

## Anexo 3

Nombre Fecha  
Unidad/Centro N° Historia

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

**Población diana:** Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

#### Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo)</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Información obtenida de:  
[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala\\_de\\_ansiedad\\_de\\_hamilton.p  
df](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf)

## Anexo 4

### ¿QUÉ ES LA CÁNULA?

Es un tubo que sirve para mantener abierta la comunicación entre la tráquea y el exterior a través de la piel.

La cánula está compuesta de tres piezas:

. **Pieza externa:** Es la que está en contacto con el paciente. Se compone de un cuerpo tubular curvo y una placa con aperturas para colocar las cintas que se anudan alrededor del cuello.

. **Pieza interna:** O Camiseta. Es una pieza tubular que va dentro de la pieza externa y que puede ser extraída para facilitar su limpieza.

. **Fiador:** Vástago acabado en punta Roma que se coloca en lugar de la camiseta sólo para facilitar la introducción a través de la piel durante el cambio de cánula.



### MONTAJE DE LA CÁNULA

Lo más importante es que en el babero (primera imagen) la parte plástica quede hacia fuera para que resbalen las secreciones y la parte de terciopelo en contacto con el paciente.



### CAMBIO DE CÁNULA

Material empleado:

- . Cánula ( las tres piezas)
- . Apostó babero
- . Cinta de gasa o trenzada
- . Gasas
- . Suero fisiológico o jabón neutro
- . Foco o buena luz
- . Escobillones o cepillos del grosor de la cánula .
- . Espejo

El lugar más apropiado para limpiar y cambiar la cánula es en el baño, ante un espejo y con buena iluminación. Para el cambio de cánula se seguirán los siguientes pasos:

- 1) Reúne el material necesario.
- 2) Antes del cambio es importante lavarse las manos para realizar el cambio con unas condiciones mínimas de higiene.
- 3) Antes de retirar la cánula puesta, comprobar que tiene la cánula de cambio preparada.
- 4) Al retirar la cánula, limpia la piel de alrededor del traqueostoma y comprueba que no hay secreciones incrustadas.
- 5) Seca por contacto ( dando pequeños toques, sin frotar)
- 6) Introduce la nueva cánula, que estará compuesta por todos los materiales excepto por la pieza interna. El fiador no siempre es necesario, si lo necesita no dude en utilizarlo.
- 7) Introduzca la cánula interna.

### LIMPIEZA DE LA CÁNULA

. Si se aprecia que las secreciones por el orificio de la cánula son abundantes o si la piel alrededor del estoma está macerada, el cambio deberá ser diario.

. Después se cambiará mas o menos cada dos o tres días.

. Varias veces al día se debe de extraer la pieza interna ( camiseta), se examina y si está limpia se vuelve a colocar en su sitio. Si se observan secreciones en el interior se procede a lavarla bajo un chorro de agua con ayuda de un cepillo especial.

. La cánula cambiada deberá ser limpiada por usted, para lo que separará las piezas en un recipiente con agua y jabón, y se limpia con un escobillón por dentro y fuera. Si la cánula se ennegrece, se recuperará el brillo propio frotando con bicarbonato sódico.

### CURA E HIGIENE DEL TRAQUEOSTOMA

Es muy importante que la zona periestomal (alrededor del estoma, en este caso traqueostoma) se mantenga limpia y seca.

Mientras la piel que rodea el traqueostoma no esté cicatrizada totalmente, se debe realizar limpieza de la zona 4 veces al día. Una vez que la zona está completamente cicatrizada, es suficiente 2 veces al día y aprovechar una de ellas para cambiar la cánula.

Cómo hacer la limpieza diaria:

. En primer lugar, se debe limpiar la zona con una gasa humedecida con solución jabonosa, empezando en la parte más cercana al orificio hacia el exterior.

. Es importante insistir en los puntos de sutura, si los hubiera, con una gasa mojada en suero fisiológico, para evitar que se acumule moco en ellos.

. A continuación se debe secar muy bien la zona y aplicar toques de podido a yodada alrededor del traqueostoma y, si las hubiera, en las incisiones correspondientes a los ganglios.

### HUMIDIFICACIÓN DE LAS SECRECIONES

Se humidifican las secreciones ya que la función que hacen las fosas nasales de humidificar y calentar el aire cuando entra, ya no existe, por tanto es necesario hacerlo uno mismo. Además las primeras semanas tras la intervención es muy normal la producción excesiva de secreciones y además éstas generalmente son muy espesas, por tanto esto servirá para disolverlas y además poder eliminarlas mejor y que no se nos forme un tapón mucoso que dificulte la respiración.

Recomendaciones:

- . Bebe abundante líquido.
- . Utiliza un humidificador ambiental siempre que estés en casa, especialmente en el dormitorio. Ha de mantenerse muy limpio para evitar la propagación de bacterias.
- . Realiza instilaciones de solución salina ( suero fisiológico) directamente a la tráquea.
- . En invierno coloca recipientes de agua junto a los radiadores.



## PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL LARINGECTOMIZADO TOTAL HOSPITALIZADO EN EL POSTOPERATORIO.

### SESIÓN 2



Elaboración propia: información obtenida del protocolo del HUMS "protocolo de cuidados del estoma traqueal" y la guía de aecc " cura e higiene, sobre la cánula y otras indicaciones"



## Anexo 5

### CONSEJOS GENERALES

. Duerme con el **torso y la cabeza elevados por varias almohadas**, ya que te facilita la respiración. Y le da tranquilidad.

. Si tienes accesos de **tos** repentinos los puedes aliviar al **tragar saliva y efectuar una respiración profunda**.

. La mucosidad se expulsa mejor si **expectora con el torso inclinado hacia delante**.

. Puedes **expulsar la mucosidad** de manera más eficaz y menos molesta si efectúas un **soplido brusco en vez de toser**. Se incrementa la cantidad de aire para el soplido si realizas la inspiración por expansión del diafragma.

. Es aconsejable que utilices un nebulizador para sustituir las instilaciones y mantener húmedas y limpias las vías respiratorias. Este sistema tiene varias ventajas: su uso es más sencillo y además permite, que es necesario, la inhalación de medicamentos fluidificadores.

. Es importante que **evites en la medida de lo posible polvo, humo, perfumes o cualquier otra sustancia irritante**, ya que la tráquea se ha abierto al exterior directamente , y podría irritarse con facilidad. Por ello mismo hay que tener **cuidado con el aire**, y cubrirlo con un pañuelo para que el viento no entre directamente.

. Puede que resultarle difícil afeitarse los primeros meses de la operación quirúrgica. Esto se debe a que el cuello todavía está adormecido después del procedimiento. Probablemente sea mejor **usar una afeitadora eléctrica para no cortarse**.

. Es habitual que la piel del escote, barba , hombros e incluso espalda necesite un aporte de hidratación extra.

. Es posible **cubrir el cuello con un pañuelo, una corbata o ropa de cuello subido le ayude a olvidarse un poco del estoma**. También tiene a su disposición joyería diseñada para personas con laringectomías.

**Hay más personas que están pasando y han pasado por su situación.**

**Hay muchas asociaciones y grupos de apoyo que le pueden ayudar en cualquier momento y con cualquier cosa que necesite.**

**NO ESTÁ SOLO.**



. Puede seguir **bañándose y duchándose**, pero deberá tener **cuidado de que le entre agua en el traqueostoma**, aunque se recomienda inclinar el cuello hacia delante y abajo para evitar la entrada de agua. Aunque se venden dispositivos para la natación, **no es recomendable nadar en la piscina o en el mar**.

. Es importante que **mantenga limpio el traqueostoma**. Las costras que no se eliminen pueden provocar úlceras en la piel y dificultar el uso de los productos que necesita. Lávese las manos cuidadosamente antes y después de limpiar el traqueostoma.



### PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL LARINGECTOMIZADO TOTAL HOSPITALIZADO EN EL POSTOPERATORIO.

#### SESIÓN 3



Elaboración propia: información obtenida del protocolo del HUMS "protocolo de cuidados del estoma traqueal" y la guía de aecc " cura e higiene, sobre la cánula y otras indicaciones".

## Anexo 6

### Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados de la Voz (ARALVOZ)

Las personas que hemos sufrido la extirpación completa de la laringe, el órgano encargado de la fonación, y por lo tanto, la pérdida de la voz, no es el único déficit con el que nos encontramos los laringectomizados, hay también una merma de nuestra imagen y nuestro papel en la familia cambia significativamente. A esto se le puede añadir la posible pérdida del trabajo y consecuentemente, un descenso en su nivel económico, comportando una disminución en nuestra autoestima. No todas las personas respondemos igual ante la noticia de la posible laringectomía.

Es en este preciso momento, cuando las Asociaciones de Laringectomizados jugamos un papel importante: favoreciendo el contacto de personas con un problema común, ayudando en la reeducación de la voz, etc. Ayudar al laringectomizado en esta finalidad no es fácil y la convivencia con otros ya recuperados, es básica en su rehabilitación. Entendemos, que la rehabilitación no debe, en modo alguno, limitarse a tratar de proporcionar a los operados una nueva voz, si no que debe ser una recuperación integral que abarque también todos aquellos aspectos en los que esta minusvalía incide de forma directa en la vida psíquica, familiar, social, laboral, etc., ya que la cirugía nos salva la vida y la Asociación nos devuelve la actividad social.

### Dónde nos puedes encontrar

Sobre estas circunstancias, y para poder atender esta problemática en los operados de laringe (Laringectomizados), un grupo de personas, en su mayoría laringectomizadas, fundaron la **Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados de la Voz (ARALVOZ)**, concretamente, el 18 de septiembre de 1966.

A través de ella, cientos de personas hemos conseguido rehabilitar nuestra voz, así como integrarnos socialmente, sin ningún tipo de complejos. Para ello, contamos con monitores especializados, laringectomizados, que efectúan su trabajo desinteresadamente.

Si estás interesado en conocerlos, puedes solicitarnos información a través de:

- Teléfono y fax: 976 44 57 56
- E-mail: [aralvoz1986@telefonica.net](mailto:aralvoz1986@telefonica.net)

Si quieres hacerlo personalmente, puedes visitarnos en nuestra sede, sita en la calle **Fuenterrabia, 1, bajo, de la ciudad de Zaragoza.**

GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA



COLABORA



Fuenterrabia, 1, bajo  
Tel./fax 976 44 57 56  
E-mail: [aralvoz1986@telefonica.net](mailto:aralvoz1986@telefonica.net)  
50004 Zaragoza



# ARALVOZ

Asociación Regional Aragonesa de Laringectomizados y Limitados de la Voz



Folleto informativo proporcionado por ARALVOZ para contactar con ellos y localizar su asociación en Zaragoza.